

临床误诊误治案例解析 丛书

# 临床误诊误治 案例解析

耳鼻咽喉—

# 口腔颌面外科学

erbilyanhou

kouqianghemian waike xue

总主编 彭再梅 何清湖

主 编 杨新民 郭运凯

山西出版集团  
山西科学技术出版社

# 临床误诊误治 案例解析

# 耳鼻咽喉—

# 口腔颌面外科学

主 编 杨新明 郭运凯

主 审 卢永德

编写人员 (按姓氏笔画为序排列)

王树辉 卢永德 李友忠 肖自安 吴湘卿

杨新明 杨 曙 郭运凯 胡 鹏 殷团芳

唐青来

山西出版集团  
山西科学技术出版社

**图书在版编目(CIP)数据**

耳鼻咽喉—口腔颌面外科学 / 何清湖、彭再梅总主编. —太原: 山西科学技术出版社, 2007.5

(临床误诊误治案例解析丛书)

ISBN 978-7-5377-2952-9

I. 耳…… II. ①何…②彭… III. ①耳鼻咽喉病-误诊-案例分析  
②耳鼻咽喉病-治疗失误-案例分析③口腔颌面部疾病-误诊-案例-分析④口腔颌面部疾病-治疗失误-案例分析 IV.R76 R78

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 053979 号

-----

**临床误诊误治案例解析耳鼻咽喉——口腔颌面外科学**

主 编 杨新明 郭运凯

出 版 山西出版集团山西科学技术出版社  
(太原建设南路 21 号 邮编:030012)

经 销 各地新华书店

印 刷 山西出版集团·山西新华印业有限公司美术印刷分公司

开 本 850 毫米×1168 毫米 1/32 印张: 6.125

字 数 150 千字

电子邮件 cbszzc2643@sina.com

编辑部电话 0351-4922073

发行部电话 0351-4922121

版 次 2007 年 5 月第 1 版

印 次 2007 年 5 月太原第 1 次印刷

印 数 3000 册

书 号 ISBN 978-7-5377-2952-9

定 价 13.00 元

如发现印、装质量问题,影响阅读,请与发行部联系调换。



## 《临床误诊误治案例解析》总序

临床许多疾病,特别是一些疑难急重疾病,由于各病之间在某些临床特征的相似性和医生诊断思维或医疗技术水平等原因,容易导致临床中的误诊误治,贻误病情,甚或导致医疗事故。现大批医学学术专著和教材多着重在总结成功经验,而忽略临床误诊误治案例的整理与分析。“前车之覆,乃后车之鉴”,从误诊误治案例中吸取教训,分析原因,总结规律,加强防范,无疑是提高医生临床诊疗水平的一个重要方法。为此,我们从大量的医学文献和医疗病案中,精选误诊案例,详加剖析,从临床误诊误治的实例中总结“反面”经验,编纂《临床误诊案例解析》系列丛书,以指导临床诊疗实践。

丛书根据临床学科设置分册,即:《内科病误诊误治案例解析》、《外科病误诊误治案例解析》、《传染病误诊误治案例解析》、《妇产科病误诊误治案例解析》和《耳鼻咽喉——口腔颌面外科病误诊误治案例解析》5个分册。每书以类病设章,以具体病名设节,每病以误诊案例为中心,通过误诊案例的剖析,总结出误诊的原因及防范措施。其编写体例为:无题概述、诊断依据、误诊概况、鉴别诊断、误诊案例、误诊原因和误诊防范。适用于临床各级医生,也可作为高等医学院校临床医学专业教师和学生教与学的参考用书。

全书的编撰主要由中南大学湘雅二医院的专家们完成,他们从搜集文献、整理分析,到反复讨论与修改,最后定稿,付出了大量的心血,在此向他们表示由衷的谢意!对误诊案例的系统解析,是一件尚新且难的研究工作,虽然我们尽心尽力,但书中错误疏漏之处难免,敬请专家和读者批评、指正,以便再版时修订和完善。

彭再梅 何清湖

2007年1月



## 《临床误诊误治案例解析》丛书 编委会名单

总主编 彭再梅 何清湖

总策划 赵志春

编 委 (按姓氏笔画为序排)

丁依玲 皮丕湘 朱付凡 刘朝圣

刘德良 刘毅智 李 点 杨 旭

杨新明 何清湖 苗雄鹰 郑煜煌

郭运凯 赵小昆 贺兴鄂 倪江东

唐晓鹏 蒋永芳 龚国忠 喻风雷

彭再梅 戴崇文

秘 书 刘文琴 米 铎



# 目 录

## 第一章 鼻腔鼻窦疾病 / 1

第一节 慢性鼻炎鼻窦炎和鼻息肉 / 1

第二节 鼻真菌病 / 10

第三节 鼻腔鼻窦肿瘤 / 16

## 第二章 咽喉疾病 / 45

第一节 咽炎及扁桃体炎 / 45

第二节 鼻咽癌 / 53

第三节 鼻咽部放线菌病 / 66

第四节 喉慢性非特异性炎症 / 70

第五节 喉癌 / 78

## 第三章 耳科疾病 / 89

第一节 分泌性中耳炎 / 89

第二节 慢性化脓性中耳炎及并发症 / 93

第三节 耳带状疱疹 / 102

第四节 听神经瘤 / 108

## 第四章 气管食管疾病 / 114

第一节 气管、支气管异物 / 114

第二节 食管异物 / 120

第三节 食管癌 / 123



**第五章 颈部肿块 / 128**

**第六章 耳鼻咽喉结核 / 146**

第一节 鼻咽喉结核 / 146

第二节 结核性中耳炎 / 156

**第七章 口腔颌面肿瘤 / 164**

第一节 舌癌 / 164

第二节 唇癌 / 167

第三节 牙龈癌 / 173

第四节 口底癌 / 176

第五节 唾液腺混合瘤 / 180

第六节 造釉细胞瘤 / 185



## 第一章 鼻腔鼻窦疾病

### 第一节 慢性鼻炎鼻窦炎和鼻息肉

慢性鼻炎、鼻窦炎(chronic rhinosinusitis, CRS)是指鼻、鼻窦黏膜的炎症状态持续 12 周以上,其主要症状为黏脓性前鼻漏和(或)后鼻漏、鼻塞、头面部疼痛(可为压迫感或胀满感)和嗅觉减退等,是耳鼻咽喉头颈外科最常见的疾病之一。有证据表明,鼻、鼻窦炎的发病率有增加的趋势。

目前认为,CRS 是由多种因素独立或相互作用而导致的鼻-鼻窦慢性炎症过程,难以用单一病因去解释其复杂的病理和临床表现。CRS 发病的相关因素包括:①持续性感染;②变应性反映或其他免疫性疾病;③上呼吸道的内在性因素,如黏膜纤毛受损、解剖异常等;④细菌超抗原诱导的局部免疫反应;⑤真菌定植造成的嗜酸粒细胞性黏膜炎症;⑥代谢障碍,如阿司匹林耐受不良。

临床上可将 CRS 分为两类,即 CRS 伴鼻息肉和 CRS 不伴鼻息肉。两者具有不同的组织病理学表现。前者以鼻-鼻窦黏膜的嗜酸粒细胞性炎症为特征;后者则以中性粒细胞炎症为主要特征,嗜酸粒细胞所起的作用相对较小。

慢性鼻炎鼻窦炎和鼻息肉的治疗包括药物保守治疗和外科手术,后者除传统的鼻窦手术外,功能性鼻内镜鼻窦手术,克服了传统鼻窦手术方式的缺点,使临床治愈率显著提高,已成为国内外鼻窦炎外科治疗的主要手术方式。

#### 一、诊断依据

##### (一)病史

多鼻脓涕、鼻塞、既往有急性鼻炎鼻窦炎发作史,鼻源性头痛为



本病之重要病史和症状。

## (二) 临床特征

鼻-鼻窦炎伴有鼻息肉 息肉的形成与变态反应和鼻黏膜慢性炎症有关,多发于筛窦、上颌窦。鼻息肉堵塞鼻腔出现持续性鼻塞,嗅觉减退,闭塞性鼻音,睡眠时打鼾。鼻息肉阻塞鼻窦引流可引起鼻窦炎与头痛,鼻分泌物增多,倒流入咽喉部。鼻息肉堵塞咽鼓管口,可引起耳鸣、听力下降及中耳炎。

鼻-鼻窦炎不伴有鼻息肉 鼻腔黏膜充血,中、下鼻甲肿大,中鼻道黏膜肿胀,前组鼻窦炎的脓液位于中鼻道,后组鼻窦炎脓液在嗅裂。咽后壁或咽侧壁可有脓涕附着,鼻窦 CT 扫描示窦腔黏膜肥厚,可有液平面,窦腔密度升高或息肉影,准确率达 97%~100%。鼻内镜检查可直观窦口黏膜有无肿胀、脓液及息肉。

## (三) CT 扫描检查

CT 检查对病变的分析及解剖结构的了解很有帮助,尤其是冠状位的 CT 片。一般 CT 平扫片足够,增强扫描并不都是必需的。如能同时行冠状位和水平位扫描,则能获取更多信息。注意了解鼻腔鼻窦病变情况以及与手术有关的解剖结构,如额窦、筛窦、上颌窦和蝶窦的位置及其毗邻关系,以及某些特殊结构,如蝶筛气房、眶下气房、筛窦顶及外侧板的情况等,应当注意对窦口鼻道复合体的观察,尤其当病变轻微时。当然,单凭 CT 检查作为诊断依据是不够的,还应结合病史和鼻内镜检查作综合判断。

## (四) 鼻内镜检查

除了常规前鼻镜检查外,术前应进行鼻内镜检查,了解病变范围,有助选择手术方式,估计手术范围及难易程度。有时 CT 检查显示阴性结果,而鼻内镜检查则发现病变。这些病变包括:鼻中隔棘突突入并阻塞中鼻道;中鼻甲与钩突间黏膜肿胀导致中鼻道狭窄;下鼻甲显著肥厚,阻塞鼻腔;腺样体肥大,阻塞后鼻孔。因此,CT 检查应与鼻内镜检查相结合,两者具有互补作用。对某些鼻内镜不易检查到的部位,如鼻窦腔内的病变、泡性中鼻甲以及窦口鼻道复合体的微小病变,如筛漏斗部阻塞等 CT 具有诊断价值。此外,对某些鼻息肉、变应



性鼻炎黏膜肿胀,鼻中隔极度偏曲,即使应用收敛剂,鼻内镜也无法通过的患者,CT检查也很有帮助。

## 二、误诊概况

### (一)鼻炎鼻窦炎、鼻息肉误诊为肿瘤

慢性鼻窦炎有脓血涕时易被误诊为恶性肿瘤;单侧的出血性息肉可被误为血管瘤、内翻性乳头状瘤;后鼻孔息肉可能误诊为鼻咽纤维血管瘤。

### (二)鼻腔鼻窦肿瘤误诊为鼻炎鼻窦炎、鼻息肉

由于大部分鼻腔鼻窦肿瘤早期无症状,中晚期也无特异性临床表现,不易引起患者重视,当肿瘤阻塞引流导致鼻窦炎和鼻息肉时,容易被非耳鼻喉—头颈外科医生或缺乏经验的医生漏诊,或误诊为炎性疾病或其他非肿瘤性病变。如鼻内翻性乳头状瘤误诊为鼻息肉,鼻腔淋巴瘤误诊为炎性疾病或出血性息肉。

鼻炎鼻窦炎和鼻息肉误诊为肿瘤的报道较少,误诊率约为5%,但鼻腔鼻窦的良恶性肿瘤被误诊为炎性息肉的报道和临床病例分析较为多见,其误诊率达20%~25%。鼻腔鼻窦内翻性乳头状瘤的误诊率高达15%~20%,鼻腔、鼻窦恶性肿瘤和鼻咽纤维血管瘤的误诊率分别约为21%和23%。

## 三、鉴别诊断

### (一)鼻腔内翻性乳头状瘤

外形如多发性鼻息肉,表面粗糙不平,色灰白或淡红。多发生于一侧鼻腔,手术时易出血,少数可恶变,确诊依赖于病检。

### (二)鼻腔、鼻窦恶性肿瘤

凡单侧进行性鼻塞,反复少量鼻出血或有血性脓涕且臭,外鼻变形、面颊部麻木、剧烈偏头痛或牙痛、一侧鼻腔内有新生物等临床表现时,必须施行活检,明确诊断。

### (三)鼻咽纤维血管瘤

注意与后鼻孔息肉鉴别。该肿瘤原发于鼻咽部,基底广,偏于一侧,不能移动。表面可见血管,触之较硬,易出血,有鼻塞、鼻出血史,好发于青年男性。



#### (四)鼻窦囊肿

鼻窦囊肿除可有鼻塞、流涕、头痛等症状外,通常伴有眼部和面部等症状,CT扫描有助于诊断。

#### (五)鼻内脑膜-脑膨出

多发生于新生儿。肿块多位于鼻腔顶部、嗅裂或鼻中隔的后上部。表面光滑,触之柔软,有弹性,不能移动,为单一肿物,无蒂。如有可疑,可作颅骨侧位或颅底位X线拍片检查,也可作X线额部断层拍片,以助诊断。但不可贸然活检,因易产生脑脊液鼻漏和颅内感染。

### 四、误诊案例

#### 案例一 鼻恶性肉芽肿误诊为鼻窦炎

患者,男,39岁。双侧鼻塞、脓涕、头痛2个月余,伴高热2天就诊。体检:全身情况一般,心肺腹部无异常发现。外鼻无畸形,双鼻腔黏膜急性充血、干燥,前端黏膜糜烂,并见鲜血迹附着,双下鼻甲明显肿大,鼻道积脓,以左侧为重。两耳鼓膜正常,张口不受限。以“急性鼻窦炎”给予抗生素治疗。1周后头痛消失,右侧鼻塞减轻,脓涕减少,左侧无好转。复查见鼻黏膜充血糜烂好转,右鼻甲肿大减轻,左侧无明显改善,对麻黄素收缩不敏感,下鼻甲中段可见散在白色伪膜附着,后端不能窥见,后鼻孔镜检不满意。以肥厚性鼻炎在表面麻醉下行双下鼻甲部分切除术,剪下的左下鼻甲后端约0.7 cm,溃烂变黑,深及骨质,软组织脆,送病检,报告为炎性坏死组织。再次表面麻醉下拉起软腭,仔细检查鼻咽部,见右侧黏膜光滑,左侧圆枕无红肿、溃烂,咽隐窝存在,咽鼓管咽口有脓性膜覆盖,于该处取病检,病检结果再次排除恶性病变。患者术后间断高热,应用抗生素及抗霉菌类药物可暂时控制。再次检查鼻咽部:后鼻孔软组织均见肉芽组织增生溃烂,表面附白色伪膜,与上次比较病变范围明显扩大。再行活检,病理切片确诊为恶性肉芽肿(T淋巴细胞型),遂行放疗,2月后复查,硬腭有直径约2.5 cm穿孔。半年后死于恶病质。

案例分析 该例患者初期左下鼻甲中段表现为片状白色伪膜,组织弹性差,后鼻孔镜检未能成功,以急性鼻窦炎治疗,症状未能完全



缓解,以双侧肥厚性鼻炎行双下鼻甲部分切除术,虽手术有所帮助,但若术前能仔细检查鼻咽部或反复局部活检,手术或可避免。本例病理切片镜下可见大量异型淋巴细胞及网状细胞浸润,大量炎性组织坏死,而无肿瘤细胞,病检无特征表现也是误诊的原因之一。因此,若临床表现疑及本病时,应早期反复活检。

## 案例二 干酪性鼻窦炎误诊为偏头痛

患者,男,72岁。因头痛50天入院。起病时出现右面部、头部持续性跳痛5~6小时,以颧部明显,无恶心呕吐,不因进食、刷牙而诱发,服用“去痛片”无效。查体:神经系统无阳性体征,TCD检查示双颞窗显影不良,血管信号模糊不清,所探及动脉未见异常。诊断为“偏头痛”,给予尼群地平及养血清脑颗粒,症状不见好转。此后,一直在各家省级医院神经内科就诊,先后经颅内CT扫描、脑电图检查均未见异常。曾给予中西药物治疗偏头痛症状曾一度好转,但近日再次加重,头痛剧烈而急诊入院。入院后追问病史患者在病前曾患急性扁桃体炎,经治疗好转后出现头痛流泪、流涕等症状,后发现右侧面颊部压痛,鼻中隔向右偏曲,右侧鼻腔狭窄,通气差。鼻窦CT示:右侧额窦、筛窦、上颌窦可见软组织密度、钙化及混杂不均密度影,骨质无破坏,考虑为息肉、炎症。给予大量抗生素静滴,同时右上颌窦穿刺冲洗,冲洗时患者出现剧烈头痛,术中发现窦口阻力大,窦腔内压力较大,冲洗困难。经反复抽吸、冲洗,冲出大量黄色团块状脓性分泌物和褐色干酪样分泌物,辅以局部理疗,2次穿刺后头痛很快减轻。复查鼻窦CT,见额窦、筛窦内高密度影消失,右侧上颌窦仍可见混杂密度影,面积稍缩小,疑息肉及炎症。遂行右上颌窦根治术,术中发现上颌窦内充满褐色干酪样物,部分钙化,窦壁黏膜变薄。病理报告为坏死组织,少量胆固醇结晶。术后头痛消失。

案例分析 鼻窦炎伴发的头痛可随鼻窦内炎症的消退而缓解。本例患者以头痛症状首诊,在近两个月的就医经历中一直未能正确诊断,可能存在如下因素:医师疏忽了可能引起头痛的常见病、多发病。对头痛患者只重视影像学及神经系统体征检查,忽视了头面部局

部疼痛的常规检查。病史了解不详细,此患者曾患“扁桃体炎”经抗生素治疗咽痛好转,后出现右侧头痛、流泪、流涕,午后加重等现象。病史不详,导致就医方向错误,也是临床误诊的一个因素。故遇到单纯头痛患者,而无神经系统体征及头部影像学改变者,应注意排除其他原因,尤其鼻部病变引起的头痛。

### 案例三 蝶窦脓肿与鞍区感染误诊为鞍区肿瘤

患者,男,40岁。因右眼视力下降8天,左眼视力明显下降伴鼻塞1个月第2次入院。无发热、头痛、恶心、呕吐及鼻脓性分泌物病史。无多饮多食多尿、肢端肥大等内分泌紊乱症状。起病时因右眼视力下降诊断为鞍区肿瘤,开颅手术治疗,术中发现鞍区硬膜外脓肿约 $5\text{ cm}\times 4\text{ cm}\times 4\text{ cm}$ 大小,未见肿瘤生长。术后右眼视力仍逐渐下降。头颅CT强化扫描:蝶窦有一约 $6.0\text{ cm}\times 4.9\text{ cm}\times 5.5\text{ cm}$ 等密度肿块影,向颅内膨胀性生长,占据右侧筛窦、蝶窦窦壁,有两侧蝶骨大小翼明显破坏,鞍上池受压闭塞,其内可见高密度钙化影,两侧大脑中动脉受压变形。右侧颈内动脉造影结果:右颈内动脉向后上移位。头颅正侧位X线片结果:蝶鞍扩大,骨质吸收,鞍底显示不清。体查:视力右眼光感,左眼0.3。左眼颞侧视野缺损,双侧视乳头萎缩。鼻中隔后上方黏膜增厚,鼻顶部间隙变小,鼻咽顶饱满下垂。再次开颅手术,经右额下入路沿硬膜外探查鞍区,术中见右侧筛板及蝶骨小翼骨质破坏明显,切除异常骨质后,从蝶窦内吸出约60 ml黄绿色黏稠脓液,反复冲洗脓腔后可见冲洗液由后鼻孔流出。病理:炎性纤维组织及坏死组织,未见肿瘤生长。

案例分析 蝶窦鼻腔开口处炎性闭塞,炎症向颅内缓慢膨胀性生长,无发热、鼻窦炎、脑膜炎等感染性疾病病史,易考虑为肿瘤。本例以颅神经损害为首发症状就诊,导致分析病情时局限在颅内疾病上。第1次手术证实为硬膜外脓肿,8天后脓肿复发时,仍着重检查相邻器官,排除直接感染因素所致。体查时发现病灶已突至鼻咽部,术前行鼻咽腔穿刺活检,明确诊断,避免2次开颅手术。开颅手术损伤大,在蝶窦脓肿的顶端切开,不利于彻底清理脓腔、术后引流和消除



病因,同时也导致了术后复发。

#### 案例四 上颌窦乳头状瘤误诊为鼻息肉

患者,女,44岁。2周前出现右侧鼻塞,偶伴脓涕,无面部麻木及疼痛,无发热、头痛。外院X线片示右侧上颌窦腔密度增高影,诊断为鼻息肉,近三、四天鼻腔反复出血。治疗无效后到我院就诊。查体: T 36.3℃, P76次/min, R17次/min, BP 130/80mmHg。一般情况好,心肺未见异常,腹部肝脾未触及,鼻中隔不偏、双侧下鼻甲不大,右侧中鼻道有白色新生物,呈分叶状,表面有少许脓性分泌物,左侧鼻腔未见异常。CT诊断:右侧上颌窦内软组织影,其内侧壁上部骨质部分吸收。手术病理证实:右侧鼻腔内翻性乳头状瘤。

案例分析 对于鼻-鼻窦系统,CT扫描检查可显示其复杂解剖和病变。上颌窦乳头状瘤CT表现为鼻腔及鼻窦内不规则结节状软组织增生影,可伴有筛窦间隔和上颌窦内侧壁骨质破坏,鼻窦的乳头状瘤可引起窦腔的扩大,注射造影剂后瘤组织可均匀中度增强。鼻息肉为慢性增殖性鼻窦炎的主要表现,好发于筛窦和上颌窦,CT表现为窦腔内软组织肿块,常进入鼻腔,鼻腔息肉充满鼻腔可致鼻中隔偏移和鼻腔扩大。一般水肿型的息肉密度较低且不为造影剂增强。鼻息肉和乳头状瘤鉴别有时比较困难,可根据临床综合判断。乳头状瘤临床表现为单侧进行性鼻塞、流粘脓涕或血涕,鼻腔前部或外侧壁有息肉样肿块,表面不平,基底宽或有蒂,质地较息肉硬,随着肿瘤增大累及的部位不同而出现相应的症状和体征。鼻息肉临床主要表现为持续性鼻塞、嗅觉减退、头痛,荔枝肉样炎性组织,有蒂、质软、可活动,常合并阻塞性鼻窦炎,可有变态反应史及感染史。病理检查可作两者的诊断和鉴别。

#### 案例五 鼻腔异物误诊为鼻窦炎

患儿,女,5岁。因左鼻腔反复流脓臭涕1年就诊。既往无流鼻血,曾就诊于多家医院,诊断为鼻炎与鼻窦炎,给予抗炎治疗后症状稍好转,但过几天后又复发,反复发作。检查:外鼻无异常,左侧总鼻



道与下鼻道之间有一团暗黑色异物,质稍硬,周围有大量脓性分泌物,分泌物有明显的臭味,右鼻腔无异常。追问病史,1年多前患儿在吃甘蔗时曾自己把甘蔗块塞进鼻腔,因无明显症状而未予注意,也未就诊,10多天后出现左鼻腔流脓鼻涕,并有臭味。诊断:左鼻腔异物。鼻腔黏膜表面麻醉后,完全取出异物。异物表面粗糙,大小约 $2\text{ cm}\times 1\text{ cm}\times 0.5\text{ cm}$ ,为甘蔗渣,清理鼻腔后,见鼻中隔与异物接触面黏膜表面糜烂,有少量出血并有少许新生肉芽形成,未见穿孔。给予1%呋麻液滴鼻,全身服用抗生素,1周后复诊,左鼻腔已无明显脓性分泌物及臭味,鼻黏膜恢复正常。

**案例分析** 小儿喜欢将玩物或食物放入鼻腔,多数患儿有明显的异物史,容易确诊,但有部分小儿未被他人及时发现,事后忘记,又不能诉说异物史,无法询问;或是家长粗心,忽视了异物史;或是就诊于非专科医生,没有检查鼻腔;或是专科医生未认真检查而造成误诊。本例患儿鼻腔内异物存留长达1年之久,多家医院误诊的主要原因也在于此。患儿曾就诊于某医院专科,由于年轻医师检查和询问病史不详细,而诊断为“鼻窦炎”延误了病情,应引以为戒。

## 五、误诊原因

### (一) 病史不清

病史采集不详细、不全面有些医生未培养成良好的诊断思维习惯,不详细询问患者发病的整个过程,部分青年医师忽略采集病史的重要性,不善于将邻近组织器官病变出现的一些症状同鼻窦炎相联系,对儿童及成人鼻窦发育特点及鼻窦炎的发病原因认识不足。

### (二) 病情不清

对病情缺乏全面分析当临床出现鼻窦邻近器官症状时,匆忙作出诊断,采取简单的对症处理,对久治不愈者也未进一步查找原因。或发现部分阳性体征,不结合病情,不进一步检查便轻率诊断。医生对鼻窦炎症性病变认识不足,受其他合并症和检查结果的误导,不仔细询问病史,常延误诊断。对可疑鼻窦炎患者,未及时行鼻窦X线片或CT扫描,只满足于鼻炎的诊断。

### (三) 解剖上的因素



鼻-鼻窦解剖位置较为隐蔽,肿瘤早期可局限于鼻腔或鼻窦某一解剖部位而无特殊临床表现。大量或巨大的鼻息肉给鼻腔内镜等检查带来困难,往往一叶障目,息肉后方情况无法知晓。当恶性肿瘤出现症状和体征时,肿瘤已有相当发展或已是晚期。因此,早期诊断较难,且容易误诊。

#### (四)常规 CT 扫描

无经验者易将炎性分泌物与软组织肿物混淆,如仅根据症状作诊断而不进一步行 CT 加强扫描或 MRI 检查,误诊的概率将明显增加。CT 等辅助检查无特异性,鼻息肉或鼻-鼻窦恶性肿瘤早期 CT 表现为局部软组织块影,CT 值也无明显差异。后期鼻息肉压迫周围骨壁容易引起骨质吸收缺损或变形,鼻-鼻窦恶性肿瘤侵犯周围骨质引起骨质破坏或蚕食样改变,但因窦壁薄容易毁损,两者可均呈破坏表现,故单从放射线检查极易误诊。

#### (五)鼻息肉对病情的掩盖

一旦诊断为鼻息肉,即可错误地解释其症状和体征,造成漏诊。对成人单侧鼻息肉,特别是术后复发有脓血鼻涕且伴同侧面颊部疼痛或麻木感者,应警惕合并鼻-鼻窦恶性肿瘤的可能。

#### (六)不规范治疗

许多基层医生仅凭常规的经验满足于常见病、多发病的诊断,抗生素、抗过敏药、镇咳药、激素等数药并用,临床症状可暂时得到缓解,造成治疗有效的假象,同时将真实的病情掩盖,这也是造成长期误诊的原因之一。

### 六、误诊防范

#### (一)准确部位

首先对鼻腔鼻窦肿瘤的多样性和复杂性有充分的认识 仔细观察新生物的形态和生长部位有助于诊断。鼻息肉多位于中鼻道,带蒂,呈荔枝肉色,出血性息肉可呈暗红色。而肿瘤多位于中鼻道、下鼻道、嗅裂等处,基广,质脆,多呈暗红色。上颌窦癌由于肿瘤压迫,上颌窦内壁常内移致鼻腔变窄,如肿瘤侵入鼻腔常可在下鼻道、中鼻道见到肿物。头颈部黏膜的恶性黑色素瘤好发于鼻腔、鼻窦,以鼻中隔



多见,其次是下鼻甲和中鼻甲。纤维肉瘤外观酷似息肉,呈大块息肉状,由前鼻孔直至后鼻孔。

### (二)详细鼻腔检查

鼻腔检查时应吸净鼻腔分泌物,充分收缩鼻黏膜,尽可能观察到新生物的全貌,有条件者,应行鼻内镜检查。在肿瘤早期,其临床症状尚不明显,影像学特征并未形成时,鼻内镜下可以很好的辨别肿瘤和息肉并取活检,特别是鼻腔和筛窦的肿瘤,对防止早期病变的漏诊和误诊具有重要的作用。

### (三)影像学检查

尽管 CT 或 X 线等影像学检查并不能完全区分鼻息肉与肿瘤,但肿瘤(特别是恶性肿瘤)在影像学检查上有它们比较明显的特点,对于鉴别诊断起到很好的引导作用。

### (四)病理检查的重要性

病理结果是诊断病变性质的最重要依据,因此,在进行鼻腔检查时,对怀疑新生物首先要做病理检查,有时需反复多次送检;而在手术中,对于可疑的病变,有条件应作快速冰冻切片,以尽快明确诊断,根据需要改变手术方式,争取一次性切除;手术前的病理诊断并不能完全代表最后诊断。所以,不管什么情况,手术中切除的肿物都要送病理检查,这是防止漏诊的最后一关。

### (五)重视病史和易患因素

由于患者的病史常常描述不确切,同样的病史,其症状、体征存在一定的差异,同样的症状、体征,其病史又会各不相同,临床上有时很难界定。倘若病史描述不确切,则更容易造成判断失误。临床医生应重视病史和易患因素。

(王树辉)

## 第二节 鼻真菌病

鼻真菌病是由真菌感染引起的鼻及鼻窦疾病。真菌又称霉菌,致